



La **Mutuelle de Pontoise** est une Mutuelle Responsable qui assure le versement de prestations en complément du régime général de l'Assurance Maladie.

Nos garanties TOP SANTE MAXI TNS – Régime spécial Indépendants

Complémentaire santé, qui couvre l'ensemble des soins avec un grand choix de prestations et permet de bloquer le montant de la cotisation à l'âge de souscription (hors indexation annuelle), tout en bénéficiant d'avantages fiscaux.



2024

Qui sommes-nous ?

Association à but non lucratif, fondée en octobre 1848, la Mutuelle de Pontoise est régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II.



La Mutuelle de Pontoise conjugue avant tout le professionnalisme et l'humain, tout en respectant les valeurs fondamentales de la Mutualité :

Solidarité : valeur principale du mouvement mutualiste, où nous refusons les discriminations financières, la sélection des risques et assurons une égalité de traitement à tous nos adhérents, avec une solidarité intergénérationnelle.

Liberté : La Mutuelle de Pontoise est une société de personnes, libres d'adhérer et d'agir ensemble. Elle est indépendante de tout pouvoir politique, financier, syndical.

Démocratie : Les responsables de la Mutuelle de Pontoise sont élus sur la base du bénévolat par l'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration. La mutuelle n'a pas d'actionnaires à rémunérer, aussi les excédents sont utilisés au profit de nos adhérents.

Responsabilité : Nos adhérents sont les acteurs majeurs de leur santé et de la Mutuelle de Pontoise. Ils veillent à la transparence et à la rigueur du fonctionnement de la Mutuelle.

**Nous souhaitons vous apporter
un accompagnement personnalisé et direct.**

Ainsi, nous privilégions la proximité physique et téléphonique.

Chez nous, vous n'êtes pas un simple numéro !

Il n'y a pas de standard froid et impersonnel

Vous serez directement accueilli au téléphone ou dans nos locaux par un personnel qualifié et compétent qui est à votre écoute et qui saura répondre à vos attentes.

NATURE DES ACTES

Remboursements

Responsable TSM TNS

Date effet : 01/01/2024

En complément des prestations versées par la Sécurité Sociale

SOINS COURANTS	SIMPLE	DOUBLE	QUINTE
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	30 % de la BR (y compris indemnités de déplacement)	80 % de la BR (y compris les indemnités déplacement)	230 % de la BR (y compris les indemnités déplacement)
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	30 % de la BR (y compris indemnités de déplacement)	60 % de la BR (y compris les indemnités déplacement)	130 % de la BR (y compris les indemnités déplacement)
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	30 % de la BR	80 % de la BR	230 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	30 % de la BR	60 % de la BR	130 % de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	40 % de la BR	90 % de la BR	240 % de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)			
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	30 % de la BR	80 % de la BR	230 % de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	30 % de la BR	60 % de la BR	130 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	40 % de la BR	90 % de la BR	240 % de la BR
MEDICAMENTS			
Médicaments remboursés par la SS			
Médicaments remboursés par la SS à hauteur de 65%	35 % de la BR	35 % de la BR	35 % de la BR
Médicaments remboursés par la SS à hauteur de 30%	70 % de la BR	70 % de la BR	70 % de la BR
Médicaments remboursés par la SS à hauteur de 15%	85 % de la BR	85 % de la BR	85 % de la BR
MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)	Prise en charge à minima au TM	Prise en charge à minima au TM	Prise en charge à minima au TM
Petit appareillage	40 % de la BR	90 % de la BR	240 % de la BR
Grand appareillage	152 € par an et par bénéficiaire	183 € par an et par bénéficiaire	305 € par an et par bénéficiaire
Orthopédie (orthèses, attelles, ...)	40 % de la BR	90 % de la BR	240 % de la BR
AUTRES SOINS COURANTS			
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité Sociale	100% du TM	100% du TM	100% du TM
HOSPITALISATION		Y compris hospitalisation psychiatrique, maternité et soins de suite	
HONORAIRES			
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	20 % de la BR	40 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	20 % de la BR	20 % de la BR	80 % de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
FRAIS DE SEJOUR	20 % de la BR	40% de la BR	100% de la BR
AUTRES PRESTATIONS			
Chambre particulière par jour	35 € (hors ambulatoire)	40 € (hors ambulatoire)	45 € (hors ambulatoire)
Nb jours max	30 jours par an en médecine, illimité en chirurgie	30 jours par an en médecine, illimité en chirurgie	30 jours par an en médecine, illimité en chirurgie
Frais d'accompagnant par jour	35 € (enfant de moins de 14 ans et non voyant)	40 € (enfant de moins de 14 ans et non voyant)	45 € (enfant de moins de 14 ans et non voyant)
Nb jours max	30 jours par an en médecine, illimité en chirurgie	30 jours par an en médecine, illimité en chirurgie	30 jours par an en médecine, illimité en chirurgie
FORFAIT ACTES LOURDS	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
FORFAIT PATIENT URGENCES	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
DENTAIRE			
SOINS			
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100% du TM	80 % de la BR	230 % de la BR
SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"			
Soins et prothèses "100 % Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation		
PROTHESES			
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	130 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	130 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	230 % de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation

Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	130 % de la BR	130 % de la BR	230 % de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	150 % de la BRR (actes figurant à la NGAP)	150 % de la BRR (actes figurant à la NGAP)	250 % de la BRR (actes figurant à la NGAP)
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS			
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	381 €	381 €	381 €
Implantologie	250 € par implant	250 € par implant	250 € par implant
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la SS	100 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS	150 % de la BRR	150 % de la BRR	250 % de la BRR
PLAFOND DENTAIRE (hors soins et prothèses "100 % Santé")	Plafond annuel de 2287 € par bénéficiaire sur l'ensemble de l'appareillage dentaire (1)	Plafond annuel de 2287 € par bénéficiaire sur l'ensemble de l'appareillage dentaire (1)	Plafond annuel de 3049 € par bénéficiaire sur l'ensemble de l'appareillage dentaire (1)
OPTIQUE	Limité à 1 équipement (1 monture+2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles		
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)			
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)			
Forfait global : Verres + Monture (Montant de la monture limité à 100€)	200 €	250 €	350 €
PRESTATION D'ADAPTATION			
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue		Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	
LENTILLES			
Lentilles correctrices			
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	40 % de la BR + 200 € par an et par bénéficiaire	40 % de la BR + 250 € par an et par bénéficiaire	240 % de la BR + 350 € par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire	350 € par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE REFRACTIVE			
Chirurgie de la vision par an / bénéficiaire	200 € (kératotomie)	250 € (kératotomie)	350 € (kératotomie)
AIDE AUDITIVE	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille		
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)			
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)		Prise en intégrale dans la limite des prix limites de vente	
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)		La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	
Aide auditive remboursée par la SS	40 % de la BR + 152 € par appareil	90 % de la BR + 183 € par appareil	240 % de la BR + 305 € par appareil
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE			
FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE	15 € par séance (dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire)	15 € par séance (dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire)	15 € par séance (dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire)
Ostéopathie	Inclus	Inclus	Inclus
Chiropractie	Inclus	Inclus	Inclus
Etiopathie	Inclus	Inclus	Inclus
FORFAIT GLOBAL VACCINS PRESCRITS ET NON REMBOURSES PAR LA SS	80 € par an et par bénéficiaire (2)	80 € par an et par bénéficiaire (2)	80 € par an et par bénéficiaire (2)
SEVRAGE TABAGIQUE PRESCRIT	80 € par an et par bénéficiaire (2)	80 € par an et par bénéficiaire (2)	80 € par an et par bénéficiaire (2)
PODOLOGUE/PÉDICURE	-	35 € par an et par bénéficiaire	35 € par an et par bénéficiaire
HOMÉOPATHIE	-	40 € par an et par bénéficiaire	40 € par an et par bénéficiaire
CONSULTATION DIÉTÉTIQUE	-	25 € par consultation (limité à 2 consultations par an)	25 € par consultation (limité à 2 consultations par an)
DENSITOMETRIE OSSEUSE PRESCRITE ET NON REMBOURSEE PAR LA SS	39,90 € par an et par bénéficiaire	39,90 € par an et par bénéficiaire	39,90 € par an et par bénéficiaire
CONTRACEPTION (PRESCRITE ET NON REMBOURSEE PAR LA SS)	-	60 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire
DIVERS			
CURES THERMALES			
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire	152 €	183 €	305 €
NAISSANCE - ADOPTION			
Chambre particulière par jour	152 € par an et par bénéficiaire	40 € (limité à 12 jours par an)	45 € (limité à 12 jours par an)
Forfait pour hospitalisation en maternité	35 € (limité à 12 jours par an)	229 € par an et par bénéficiaire	381 € par an et par bénéficiaire
TRANSPORT			
Frais de transport remboursés par la SS	100 % du TM	85 % de la BR (en ambulance)	235 % de la BR (en ambulance)
Transport (non remboursé par la SS)	152 € par an et par bénéficiaire	183 € par an et par bénéficiaire	305 € par an et par bénéficiaire

Notes :

(1) Au-delà du plafond, prise en charge du TM pour les actes remboursés par la SS.

(2) Non cumulable : forfait annuel pour l'ensemble du sevrage tabagique et vaccins.

* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en oeuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

Mutuelle de Pontoise, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 333 212 561 Siège social situé Résidence Wimbledon, 77 bis rue de Gisors - 95300 Pontoise



Exemples de remboursements pour la garantie :

TOP SANTE MAXI TNS
Option Simple

MIEUX COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS SANTÉ :

Evaluer son niveau de remboursement en fonction de sa garantie et son éventuel reste à charge n'est pas évident dans un système de santé complexe. Pour vous permettre d'y voir plus clair, la Mutuelle de Pontoise met à votre disposition des exemples de remboursements concrets sur les postes de soins les plus courants. la mutuelle de Pontoise s'engage ainsi à faciliter votre parcours de soins, au quotidien !

Mutuelle de Pontoise
Immatriculée sous le numéro SIREN 333 212 561, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, située Résidence Wimbledon, 77 bis rue de Gisors - 95300 PONTOISE, substituée par KLESIA MUT

Agissant sous l'autorité de l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Votre Contrat : TOP SANTE MAXI TNS- Option SIMPLE Exemples de remboursement pour l'année 2024 ⁽¹⁾

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Précisions éventuelles / Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Tarif réglementaire
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	0,00 €	35 €		- Remboursement maximum prévu par la garantie
SEJOURS AVEC ACTES LOURDS						
Frais de séjour en secteur privé pour une opération chirurgicale de la cataracte	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte. Prise en charge du forfait actes lourds de 24 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	422,00 €	271,70 €	271,70 €	54,34 €	95,96 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463,00 €	271,70 €	271,70 €	54,34 €	136,96 €	Prix moyen national de l'acte
SEJOURS SANS ACTES LOURDS						
Frais de séjour en secteur public pour un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
HONORAIRES MEDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €	Tarif de convention et non prise en charge de la franchise de 1 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €	Tarif de convention
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, ...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €	Tarif de convention et non prise en charge de la franchise de 1 €
HONORAIRES MEDECINS ADHERENTS OPTAM OU OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	15,50 €	Dépassements maîtrisés
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, ...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	21,50 €	Dépassements maîtrisés et non prise en charge de la franchise de 1 €
HONORAIRES MEDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour enfant de 2 ans à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	41,00 €	Honoraires libres
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, ...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	43,00 €	Honoraires libres et non prise en charge de la franchise de 1 €
MATERIEL MEDICAL						
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,59 €	Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
SOINS ET PROTHESES 100 % SANTE						
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	Honoraire limite de facturation et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
SOINS (HORS 100 % SANTE)						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	Tarif conventionnel
PROTHESES (HORS 100 % SANTE)						
Couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	156,00 €	326,00 €	Prix moyen national de l'acte
ORTHODONTIE (MOINS DE 16 ANS)						
Traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	311,00 €	Prix moyen national de l'acte
Optique						
EQUIPEMENT 100 % SANTE						
Verres simples et monture	115,00 €	12,75 € par verre + 9 € pour la monture	20,70 €	94,30 €	0,00 €	Prix limite de vente et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
Verres progressifs et monture	210,00 €	27,00 € par verre + 9 € pour la monture	37,80 €	172,20 €	0,00 €	Prix limite de vente et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
EQUIPEMENT (HORS 100 % SANTE)						
Verres simples et monture	356,00 €	0,05 € par verre + 0,05 € pour la monture	0,09 €	199,91 €	156,00 €	Prix moyen national de l'acte (dont 142 € de monture)
Verres progressifs et monture	620,00 €	0,05 € par verre + 0,05 € pour la monture	0,09 €	199,91 €	420,00 €	Prix moyen national de l'acte (dont 142 € de monture)
LENTILLES						
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	0,00 €	200 €		- Remboursement maximum prévu par la garantie
CHIRURGIE REFRACTIVE						
Opération corrective de la myopie (par œil)	NC	Non remboursé	0,00 €	200 €		- Remboursement maximum prévu par la garantie
Aides auditives						
EQUIPEMENT 100 % SANTE						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Prix limite de vente et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
EQUIPEMENT (HORS 100 % SANTE)						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	312,00 €	1 013,00 €	

(1) : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

(2) : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

(3) : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)



Exemples de remboursements pour la garantie :

TOP SANTE MAXI TNS
Option Double

MIEUX COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS SANTÉ :

Evaluer son niveau de remboursement en fonction de sa garantie et son éventuel reste à charge n'est pas évident dans un système de santé complexe. Pour vous permettre d'y voir plus clair, la **Mutuelle de Pontoise** met à votre disposition des exemples de remboursements concrets sur les postes de soins les plus courants. la **mutuelle de Pontoise** s'engage ainsi à faciliter votre parcours de soins, au quotidien !

Mutuelle de Pontoise
Immatriculée sous le numéro SIREN 333 212 561, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, située Résidence Wimbledon, 77 bis rue de Gisors - 95300 PONTOISE, substituée par KLESIA MUT

Agissant sous l'autorité de l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Votre Contrat : TOP SANTE MAXI TNS- Option DOUBLE
Exemples de remboursement pour l'année 2024 ⁽¹⁾

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Précisions éventuelles / Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Tarif réglementaire
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	0,00 €	40 €		- Remboursement maximum prévu par la garantie
SEJOURS AVEC ACTES LOURDS						
Frais de séjour en secteur privé pour une opération chirurgicale de la cataracte	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte. Prise en charge du forfait actes lourds de 24 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	422,00 €	271,70 €	271,70 €	108,68 €	41,62 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463,00 €	271,70 €	271,70 €	54,34 €	136,96 €	Prix moyen national de l'acte
SEJOURS SANS ACTES LOURDS						
Frais de séjour en secteur public pour un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
HONORAIRES MEDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €	Tarif de convention et non prise en charge de la franchise de 1 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €	Tarif de convention
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, ...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €	Tarif de convention et non prise en charge de la franchise de 1 €
HONORAIRES MEDECINS ADHERENTS OPTAM OU OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €	Dépassements maîtrisés
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, ...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	25,20 €	5,75 €	Dépassements maîtrisés et non prise en charge de la franchise de 1 €
HONORAIRES MEDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour enfant de 2 ans à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	13,80 €	34,10 €	Honoraires libres
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, ...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	13,80 €	36,10 €	Honoraires libres et non prise en charge de la franchise de 1 €
MATERIEL MEDICAL						
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
SOINS ET PROTHESES 100 % SANTE						
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	Honoraire limite de facturation et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
SOINS (HORS 100 % SANTE)						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	Tarif conventionnel
PROTHESES (HORS 100 % SANTE)						
Couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	156,00 €	326,00 €	Prix moyen national de l'acte
ORTHODONTIE (MOINS DE 16 ANS)						
Traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	214,25 €	Prix moyen national de l'acte
Optique						
EQUIPEMENT 100 % SANTE						
Verres simples et monture	115,00 €	12,75 € par verre + 9 € pour la monture	20,70 €	94,30 €	0,00 €	Prix limite de vente et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
Verres progressifs et monture	210,00 €	27,00 € par verre + 9 € pour la monture	37,80 €	172,20 €	0,00 €	Prix limite de vente et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
EQUIPEMENT (HORS 100 % SANTE)						
Verres simples et monture	356,00 €	0,05 € par verre + 0,05 € pour la monture	0,09 €	249,91 €	106,00 €	Prix moyen national de l'acte (dont 142 € de monture)
Verres progressifs et monture	620,00 €	0,05 € par verre + 0,05 € pour la monture	0,09 €	249,91 €	370,00 €	Prix moyen national de l'acte (dont 142 € de monture)
LENTILLES						
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	0,00 €	250 €		- Remboursement maximum prévu par la garantie
CHIRURGIE REFRACTIVE						
Opération corrective de la myopie (par œil)	NC	Non remboursé	0,00 €	250 €		- Remboursement maximum prévu par la garantie
Aides auditives						
EQUIPEMENT 100 % SANTE						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Prix limite de vente et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
EQUIPEMENT (HORS 100 % SANTE)						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	543,00 €	782,00 €	

(1) : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

(2) : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

(3) : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)



Exemples de remboursements pour la garantie :

TOP SANTE MAXI TNS
Option Quinte

MIEUX COMPRENDRE VOS REMBOURSEMENTS SANTÉ :

Evaluer son niveau de remboursement en fonction de sa garantie et son éventuel reste à charge n'est pas évident dans un système de santé complexe. Pour vous permettre d'y voir plus clair, la Mutuelle de Pontoise met à votre disposition des exemples de remboursements concrets sur les postes de soins les plus courants. la mutuelle de Pontoise s'engage ainsi à faciliter votre parcours de soins, au quotidien !

Mutuelle de Pontoise
Immatriculée sous le numéro SIREN 333 212 561, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, située Résidence Wimbledon, 77 bis rue de Gisors - 95300 PONTOISE, substituée par KLESIA MUT

Agissant sous l'autorité de l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Votre Contrat : TOP SANTE MAXI TNS- Option QUINTE Exemples de remboursement pour l'année 2024 ⁽¹⁾

Contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Précisions éventuelles / Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Tarif réglementaire
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	0,00 €	45 €		- Remboursement maximum prévu par la garantie
SEJOURS AVEC ACTES LOURDS						
Frais de séjour en secteur privé pour une opération chirurgicale de la cataracte	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte. Prise en charge du forfait actes lourds de 24 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	463,00 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte
SEJOURS SANS ACTES LOURDS						
Frais de séjour en secteur public pour un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
HONORAIRES MEDECINS SECTEUR 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €	Tarif de convention et non prise en charge de la franchise de 1 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €	Tarif de convention
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, ...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €	Tarif de convention et non prise en charge de la franchise de 1 €
HONORAIRES MEDECINS ADHERENTS OPTAM OU OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €	Dépassements maîtrisés
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, ...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €	Dépassements maîtrisés et non prise en charge de la franchise de 1 €
HONORAIRES MEDECINS SECTEUR 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour enfant de 2 ans à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	18,00 €	Honoraires libres
Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, ...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	29,90 €	20,00 €	Honoraires libres et non prise en charge de la franchise de 1 €
MATERIEL MEDICAL						
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €	Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
SOINS ET PROTHESES 100 % SANTE						
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	Honoraire limite de facturation et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
SOINS (HORS 100 % SANTE)						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	Tarif conventionnel
PROTHESES (HORS 100 % SANTE)						
Couronne céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	276,00 €	206,00 €	Prix moyen national de l'acte
ORTHODONTIE (MOINS DE 16 ANS)						
Traitement par semestre (6 max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	483,75 €	20,75 €	Prix moyen national de l'acte
Optique						
EQUIPEMENT 100 % SANTE						
Verres simples et monture	115,00 €	12,75 € par verre + 9 € pour la monture	20,70 €	94,30 €	0,00 €	Prix limite de vente et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
Verres progressifs et monture	210,00 €	27,00 € par verre + 9 € pour la monture	37,80 €	172,20 €	0,00 €	Prix limite de vente et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
EQUIPEMENT (HORS 100 % SANTE)						
Verres simples et monture	356,00 €	0,05 € par verre + 0,05 € pour la monture	0,09 €	313,91 €	42,00 €	Prix moyen national de l'acte (dont 142 € de monture)
Verres progressifs et monture	620,00 €	0,05 € par verre + 0,05 € pour la monture	0,09 €	349,91 €	270,00 €	Prix moyen national de l'acte (dont 142 € de monture)
LENTILLES						
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	0,00 €	350 €		- Remboursement maximum prévu par la garantie
CHIRURGIE REFRACTIVE						
Opération corrective de la myopie (par œil)	NC	Non remboursé	0,00 €	350 €		- Remboursement maximum prévu par la garantie
Aides auditives						
EQUIPEMENT 100 % SANTE						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Prix limite de vente et prise en charge intégrale dans le cadre du contrat responsable
EQUIPEMENT (HORS 100 % SANTE)						
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	1 265,00 €	60,00 €	

(1) : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

(2) : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

(3) : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

MDP TNS

Préservez votre santé à un moindre coût



Vous êtes Artisan, Commerçant, Professions Libérale, Auto-Entrepreneur ou Gérant Majoritaire d'une société et souhaitez une mutuelle étudiée pour vos besoins.

Parce que votre état de santé est primordial pour l'avenir et la pérennité de votre Entreprise.

La Mutuelle de Pontoise vous propose une gamme spécialement dédiée aux besoins des TNS (Travailleurs Non Salarié) ainsi que ses ayants-droits, tout en bénéficiant **d'avantages fiscaux importants.**

Avantage fiscal de la Loi Madelin

Depuis le 11 février 1994, la loi Madelin, permet aux travailleurs indépendants de **déduire les cotisations santé des bénéfices imposables de la Société** (dans certaines limites).



Ainsi, votre Mutuelle TNS sera réglée directement par votre Société ce qui vous permettra de réduire votre Impôt sur Société (IS) tout en vous assurant une bonne protection.

Vos remboursements de **frais de santé seront versés directement sur votre compte personnel.**

Pour en bénéficier, vous recevrez, chaque année une **attestation de déductibilité** retraçant les cotisations santé versées.

HOSPITALISATION IMMOBILISATION

M26 72 D

*Afin de limiter au maximum
l'impact d'une hospitalisation
ou d'une immobilisation sur votre
vie quotidienne et sur celle de vos
proches, de nombreuses
garanties vous assurent
un accompagnement optimal.*

DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT



DÈS LA SOUSCRIPTION

*Informations médicales, recherche de
professionnels de santé, informations
juridiques.*

Cette fiche constitue un résumé des
garanties, les conditions précises
d'attribution et d'intervention étant
détaillées dans la notice d'information.



soulager votre quotidien



AIDE À DOMICILE pour le ménage, la vaisselle,
la préparation des repas, le repassage....

20H
20J



SERVICE DE LIVRAISON À DOMICILE pour les
repas, les courses et les médicaments.



TRANSPORT ET/OU HÉBERGEMENT
des animaux domestiques.



COIFFEUR à domicile.

*En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée (maladie
soudaine et imprévisible) de l'adhérent ou de son conjoint de plus
de 2 jours.*

*En cas d'immobilisation imprévue au domicile (maladie soudaine
et imprévisible) de l'adhérent ou de son conjoint de plus de 5
jours.*

améliorer votre convalescence



TRANSFERT CONVALESCENCE chez un proche.

*En cas d'hospitalisation imprévue ou programmée
de l'adhérent ou de son conjoint de plus de 2 jours.*

VOTRE ASSISTANCE VA PLUS LOIN



LES + FAMILLE

**PRISE EN CHARGE DES ENFANTS,
CONDUITE À L'ÉCOLE ET AUX ACTIVITÉS
EXTRASCOLAIRES, AIDE AUX DEVOIRS**

*En cas d'hospitalisation imprévue
ou programmée de l'adhérent ou de son conjoint
de plus de 2 jours. En cas d'immobilisation
imprévue au domicile de l'adhérent
ou son conjoint de plus de 5 jours.*

SOUTIEN SCOLAIRE

*En cas d'immobilisation imprévue
au domicile de l'enfant de plus de 14 jours.*



LES + MATERNITÉ

**AIDE À DOMICILE pour le ménage,
la vaisselle, la préparation des repas,
le repassage...**

*En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours
suite à un accouchement.*

et concrètement

COMMENT ÇA SE PASSE ?

« Notre deuxième enfant Léo a dû être hospitalisé suite à un accident lors d'un entraînement de football. Il a dû être pris en charge par le service de chirurgie de l'hôpital. Pendant plusieurs semaines nous avons dû nous relayer, mon mari et moi, à son chevet. Nous avons été moins disponibles pour notre grande fille. Heureusement, nous avons bénéficié, pour elle, de la garde d'enfants proposée par mon assistance. Elsa a même été conduite à ses cours de judo. Le service d'assistance, nous a permis de prendre soin plus sereinement de notre petit Léo. »

Jeanne, 38 ans



**20H
20J**

Grâce à votre contrat avec la Mutuelle de PONTOISE, vous pouvez bénéficier d'une aide à domicile pour l'entretien courant d'un logement habité (pour le ménage, la vaisselle, la préparation des repas, le repassage...) dans la limite de 20 heures d'aide à domicile, sur 20 jours.

besoin d'assistance ?

05 49 34 82 11

ou

+33 5 49 34 82 11
(depuis l'étranger)



Vous pouvez solliciter votre service d'assistance 24h/24, 7j/7.
Communiquez vos nom(s), prénom(s) et date de naissance.

Un(e) chargé(e) d'assistance fera, avec vous, le point sur votre situation et vous proposera les solutions les plus adaptées, dans le respect de votre contrat.



Les conditions précises d'attribution et d'intervention sont détaillées dans la notice d'information. Les garanties d'assistance sont assurées et mises en œuvre par IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, CS 40000, 79033 Niort cedex 9, soumise au contrôle de l'ACPR située 4 Place de Budapest, 75436 Paris, cedex 09. Réalisation Pôle Santé, Bien-Vivre, Groupe IMA - Avril 2020 - Crédit photos © Shutterstock LLC

Mutuelle de Pontoise

Immatriculée sous le numéro SIREN 333 212 561, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé Résidence Wimbledon, 77 bis rue de Gisors 95300 Pontoise, mutuelle substituée par KLESIA MUT, immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris. Agissant sous l'autorité de l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Les + de la Mutuelle de Pontoise

+ d'Engagements Mutualistes

+ de Solidarité

- Prise en charge immédiate, sans questionnaire de santé, ni de limite d'âge
- Pas de risque d'exclusion en raison de l'aggravation de votre état de santé
- Frais adhésion = 0 €



Mutuelle adaptée à vos besoins

+ de Proximité et d'écoute pour une meilleure qualité de services

- Mutuelle à taille humaine, sans plateforme téléphonique avec une proximité géographique
- Réseau commercial expert
- Un accompagnement personnalisé
- Un espace personnel pour vous permettre de consulter vos remboursements 24h/24

+ de Services

- Le tiers payant inclus dans votre garantie Mutuelle, vous dispense de l'avance des frais, sur présentation de votre carte de Mutuelle.

Il est accessible sur tout le territoire Français pour les Pharmacies, Laboratoires, Radiologies, Auxiliaires Médicaux, Soins Externes, Transports, Hospitalisation, Optique et Dentaire



Des garanties
d'Assistance à domicile
suite à une hospitalisation



NOTICE D'INFORMATION
ASSISTANCE SANTÉ 2020
Référence M26 720
Pour que cet avis soit valide, il est nécessaire de présenter votre identité
en remplissant un accompagnement de proximité.
La Mutuelle de Pontoise vous propose un service d'assistance adapté à vos besoins
et disponible 24h/24 et 7j/7.
05 49 34 82 11 ou +33 9 49 34 82 11 appui 7 jours



Offre 20 h

L'assistance à domicile de votre mutuelle

N° AGREMENT : 333212561 ANNEE : 2024

24h / 24h - 7 jours sur 7

TEL : 05 49 34 82 11



Mutuelle de Pontoise – Résidence Wimbledon – 77 bis, rue de Gisors – 95300 PONTOISE
Tel : 01.30.17.83.00 - mutuelledepointoise@fmp.fr

La Mutuelle de Pontoise est immatriculée sous le n° SIREN 333 212 561, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, située Résidence Wimbledon, 77 bis rue de Gisors – 95300 PONTOISE.

La Mutuelle de Pontoise est une mutuelle substituée par KLESIA Mut', mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le n° SIREN 529 168 007 dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart – 75017 PARIS.

